

N° EXP.: _____ SOCIO N°: _____

SERVICIO DE SALUD

☐ PMI
 ☐ PMI 2000
 ☐ PMI 2886
 ☐ PMI 2886 SOLTERO
 FECHA SOLICITUD OK: / /

☐ PMI 3000
 ☐ PMI MONOTRIBUTO
 ☐ PMI 2886/2000
 ☐ PMI MONOTRIBUTO SOLTERO
 FECHA ACTIVACIÓN: / /

DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y Nombres: _____ Estado Civil (actual): _____

Fecha Nac.: / / En convivencia: Sí ☐ No ☐

D.N.I.: _____ Tel. Part. _____ Tel. Cel.: _____

CUIL: _____ Obra Social actual: (Nacional - Provincial) _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Edificio: _____

Block: _____ Manzana: _____ Sector: _____ Casa: _____ Escalera: _____ Barrio: _____ C.P.: _____ Loc.: _____

Prov.: _____ E-mail: _____

Nombre Empresa / Actividad: _____ CUIT: _____

Sueldo Bruto: _____ Fecha de Inicio: / / Tel.:Lab.: _____ E-mail Empresa: _____

Domicilio: Calle: _____ Prov.: _____ Loc.: _____

DATOS DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE

Apellido y Nombres: _____

Fecha Nac.: / / D.N.I.: _____ CUIL: _____

Trabaja: Sí ☐ No ☐ Tel. Cel.: _____ E-mail: _____

Obra Social Actual: (Nacional - Provincial) _____

Nombre Empresa / Actividad: _____ CUIT: _____

Sueldo Bruto: _____ Fecha de Inicio: / / Tel.:Lab.: _____ E-mail Empresa: _____

Domicilio: Calle: _____ Prov.: _____ Loc.: _____

PERSONAS A CARGO

Apellido y Nombre	D.N.I	C.U.I.L.	Fecha de Nac.	Edad	Parentesco
1			/ /		
2			/ /		
3			/ /		
4			/ /		

DOMICILIO DONDE ENTREGAR LA CORRESPONDENCIA

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Loc.: _____ Prov.: _____ C.P.: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN

D.N.I.

FECHA

ASESOR COMERCIAL / DELEGADO

LOCALIDAD

DECLARACIÓN JURADA DE PATOLOGÍAS O ENFERMEDADES PREEXISTENTES DEL TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR

Responder el siguiente cuestionario con referencia al titular e integrantes del grupo familiar. **Encerrar con un círculo la respuesta correspondiente (SÍ o NO).** En caso de respuesta afirmativa encerrar con otro círculo a quién corresponde la patología. (T: Titular; C: cónyuge, 1,2,3,4,: Adherentes). Realizar las aclaraciones necesarias en el espacio "Observaciones". En caso de

no estar especificada la patología que padece, agregarlas en el espacio de "Otras". Completar los espacios puntuados con el detalle que corresponda. El cumplimiento de este cuestionario no implica el ingreso a la Mutual, el mismo será evaluado por la Auditoría Médica, quien decidirá al respecto. Los casos rechazados no serán reconsiderados.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS								
Atrofia muscular	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Retraso del desarrollo/habla	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Convulsiones	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Parálisis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Accidente cerebro vascular (ACV)	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Accidente isquémico transitorio (AIT)	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Esclerosis múltiple	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Enfermedad de Alzheimer	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Enfermedad de Parkinson	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS								
Esquizofrenia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Depresión	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Anorexia/Bulimia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Droga dependencia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otros:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS								
Asma	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Fibrosis quística	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS								
Leucemia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Linfoma	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Trastorno de la coagulación	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Síndrome Antifosfolípido	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hemofilia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL MASCULINO								
Varicocele	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Alteraciones prostáticas	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Infertilidad - Antecedentes/Tratamientos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES RENALES Y DE LA VEJIGA								
Insuficiencia renal/diálisis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Cálculos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Nefropatías	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Poliquistosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
AFECCIONES GINECOLÓGICAS Y/U OBSTÉTRICAS								
Útero	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Ovarios	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Mamas	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Endometriosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Infertilidad - Antecedentes/Tratamientos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
SIL/ Virus del Papiloma Humano (VPH)	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Embarazo en curso	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Abortos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4

ENFERMEDADES DIGESTIVAS								
Hemorragia digestiva	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Úlceras	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Pólipos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Enfermedad de Crohn	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Colitis Ulcerosa	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Cirrosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Cálculos Biliares	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Pancreatitis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Enfermedad Celíaca	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hernias	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
AFECCIONES OSTEOARTICULARES								
Artritis/Artrosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Lupus Eritematoso sistémico	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Escoliosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hernia de disco	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Osteoporosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Accidente con lesión osteomuscular	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Antecedente de patología de rodillas, caderas, columna, manos, hombro, etc.	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS								
Hipoacusia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Usa audífonos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hipertrofia amigdalina	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Adenoides	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES INFECCIOSAS								
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hepatitis B	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hepatitis C	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Tuberculosis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Chagas	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES DE LA PIEL								
Psoriasis	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Melanoma	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO								
Soplos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Hipertensión arterial	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Angina de pecho (enfermedad coronaria)	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Infarto	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Enfermedades valvulares	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Insuficiencia cardíaca	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Arritmia	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Angioplastia/Stent	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4

FIRMA Y ACLARACIÓN

D.N.I.

FECHA

ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS									
Hipertiroidismo	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Otras enfermedades de la tiroides	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Diabetes Mellitus	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Obesidad - Antecedentes/Tratamientos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Trastorno de crecimiento	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Baja talla	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
ODONTOLOGÍA									
Prognatismo	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Laterognatismo	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Hipoplasias	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS O TUMORES									
Benignos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Malignos	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	

ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS									
Cataratas	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Estrabismo	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Glaucoma	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Ceguera	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Queratocono	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Enfermedades de retina	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Prótesis ocular	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Miopía	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Dioptrías	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITA									
Síndrome de Down	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Cardiopatías congénitas	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Labio leporino	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Pie Bot	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	
Otras:	SÍ	NO	T	C	1	2	3	4	

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (TIPO)									
DETALLAR								FECHA	
T	SÍ	NO							
C	SÍ	NO							
1	SÍ	NO							
2	SÍ	NO							
3	SÍ	NO							
4	SÍ	NO							

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE O EN TRÁMITE									
PATOLOGÍA								FECHA OTORGAMIENTO	
T	SÍ	NO							
C	SÍ	NO							
1	SÍ	NO							
2	SÍ	NO							
3	SÍ	NO							
4	SÍ	NO							

MEDICACIÓN									
¿Vos o algún integrante del grupo familiar consume medicamentos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Medicación		Dosis diaria en mg.			Diagnóstico				
T									
C									
1									
2									
3									
4									

FIRMA Y ACLARACIÓN

D.N.I.

FECHA

TRATAMIENTO MÉDICO Y/O ESTUDIO POR ALGUNA AFECCIÓN			
DETALLAR			
T	SÍ	NO	
C	SÍ	NO	
1	SÍ	NO	
2	SÍ	NO	
3	SÍ	NO	
4	SÍ	NO	

ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍAS, RESONANCIAS Y/O BIOPSIAS (ÚLTIMOS 90 DÍAS)			
DETALLAR			
T	SÍ	NO	
C	SÍ	NO	
1	SÍ	NO	
2	SÍ	NO	
3	SÍ	NO	
4	SÍ	NO	

CONTEXTURA FÍSICA (PARA MAYORES DE 18 AÑOS)	T	C	1	2	3	4
Peso (Kg)						
Altura (mt)						
IMC (Índice de masa corporal)*						

(*)El IMC será completado por Jerárquicos

INFORMACIÓN

- * Me comprometo a notificar ante cualquier cambio de los datos personales denunciados en el frente de la Solicitud de Ingreso.
- * Acepto recibir el informe Anticipado de Débito y/o Resumen, a través del correo electrónico denunciado en la presente solicitud, desestimando la recepción de los mismos en soporte papel. Acepto recibir por la misma vía toda la información relacionada con la Mutual.
- * La emisión del resumen generará un costo adicional.
- * Dejo constancia que son de mi conocimiento el reglamento de Salud y sus planes y demás reglamentos de Servicios, como así también la Ley N° 25326 (Habeas Data) y sus normas complementarias.
- * Me comprometo a abonar la cuota de Socios y Servicios, por el término de un año, en forma mensual y de no manifestar fehacientemente lo contrario, lo continuaré haciendo por períodos anuales. Las cuotas mensuales, las abonaré del 01 al 10 del mes correspondiente.
- * Para el supuesto caso de controversias, se establecen como válidos los domicilios consignados en este convenio, donde será válida cualquier notificación judicial o extrajudicial, y para el caso de litigio expresamente fijan los tribunales ordinarios de la ciudad de Santa Fe con la renuncia expresa a cualquier otro fuero o jurisdicción.
- * En caso de detectarse una preexistencia no declarada o falsedad en la Declaración Jurada, la Mutual Jerárquicos queda facultada a rescindir el contrato por exclusiva culpabilidad del asociado. Recordar que la falsedad en la Declaración Jurada es un delito.
- * Solicito el ingreso a la Mutual como Socio Activo/Adherente y manifiesto en carácter de DECLARACIÓN JURADA que la información consignada en la Solicitud de ingreso a la A.M.P.J.B.O.N ha sido completada sin omitir ni falsear dato alguno, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Art. 172,292,293 del Código Penal para los delitos de estafas y falsificación de documentos. Asimismo declara que la documentación adjunta es copia fiel de la original y presta su conformidad para que el asesor/representante de la Mutual gestione ante Jerárquicos la asociación correspondiente para su ingreso como socio Activo/Adherente.

/ /

FIRMA Y ACLARACIÓN

D.N.I.

FECHA

